

**הוועדה האוניברסיטאית הרפואית להכרה במגבלות רפואיות בלימודים**  
פנייה לוועדת ערעורים רפואית

תאריך הגשת הבקשה \_\_\_\_\_

יש לצרף: גיליון ציונים, 100 נ"ת שלום באשראי  
פרטי חשבון בנק: מס' הבנק \_\_\_\_\_ מס' חשבון \_\_\_\_\_ מס' סניף \_\_\_\_\_

שם המשפחה \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_  
תעודת זהות \_\_\_\_\_ פלאפון סלולרי \_\_\_\_\_  
מחלקה \_\_\_\_\_  
שנת לימוד \_\_\_\_\_ נא להקיף בעיגול: א, ב, ג, ד  
בתואר: ראשון / שני

סיבת הפנייה (יש לפרט את המגבלה):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

מתן התאמות שהנך מבקש/ת?:

\_\_\_\_\_

הערות נוספות:

\_\_\_\_\_

חתימת המבקש \_\_\_\_\_